

Factors Related to Depression in Patients with Chronic Illnesses at Baan Maelaoop Health Promoting Hospital, Kunlyanivadhana, Chaingmai

Nittaya Maneekeang^{*} Piroj Loahang^{**}
Surasit Teamtip^{***} Decha Tamdee^{****}

Abstract

This descriptive correlational study aims to compare the characteristics of patients with depressive and to study factors related to depression among non-communicated disease (NCD) patients at Baan Maelaoop Health Promoting Hospital, Kunlayanivadhana, Chaingmai. The sample consisted of 109 NCD patients. Data were collected by using five questionnaires: demographic data, perception of severity of illness, awareness of disease, family relations and depression questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square and Person correlation

The results showed that; among 109 patients with NCD, there are 26 patients with depression. Women 20 patients, men 6 patients and older 17 patients. Women depression greater than men equal to 3.37 (95%CI= 2.12 – 16.67), patients with chronic illnesses who don't have occupation depression greater than have occupation equal to 2.2 (95%CI= 1.7 – 12.43), patients with chronic illnesses who don't have caregiver have depression greater than have caregiver equal to 1.27 (95%CI= 1.01 – 13.71). The results revealed that marital status, there was a statistically significant difference at .05 level. The results revealed that gender, old, income, disease, complicate of disease ,treatment, smoking and drinking ,there were not significant difference at .05 level. Awareness of disease were significantly correlated with depression at 0.05 level ($r = -.345$, $p = .000$) The answer question of awareness was found chronic illnesses who have depression have knowledge less than who don't have depression equal to 3.4 (95%CI= 2.3-26.21) .Family relationship of disease were significantly correlated with depression at 0.05 level ($r = .301$, $p = .001$ the answer question of Family Relationship was found chronic illnesses who have depression have family relationship less than who don't have depression equal to 1.3 (95%CI= 1.02 - 9.67). Perceived severity of illness was not correlated with depression.

Conclusion: The factors related to depression among NCD patients could be used for planning to care and prevention for those patients.

Keywords: Depression, Patients with chronic illnesses

^{*} Registered Nurse, Professional Level, Baan maelaoop District Health Promotion Hospital, Kunlayanivattana, ChiangMai

^{**} Registered Nurse, Practitioner Level, Baan maelaoop District Health Promotion Hospital, Kunlayanivattana, ChiangMai

^{***} Public Health Executive of, Kunlayanivattana ChiangMai

^{****} Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอภักดีนิคม จังหวัดเชียงใหม่

นิตยา มณีเกียง* ไพโรจน์ เลาทาง**
สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์*** เดชา ทำดี****

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีอาการซึมเศร้าและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอภักดีนิคม จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 109 คน โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้เรื่องโรค ความสัมพันธ์ในครอบครัว และแบบวัดภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาปัจจัยโดยใช้สถิติค่าของ Chi-square และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 109 คน มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.85 โดยเป็นเพศหญิงจำนวน 20 คนและเพศชาย จำนวน 6 คน เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 3.37 เท่า (95%CI= 2.12-16.67) พบในผู้สูงอายุ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 65.39 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีผู้ดูแล 1.27 เท่า (95%CI= 1.01 – 13.71) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีงานทำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีงานทำ 2.2 เท่า (95%CI= 1.7 – 12.43) จากการศึกษาด้านสถานภาพ สถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยส่วนบุคคล เรื่อง เพศ อายุ รายได้ โรคที่เป็นอยู่ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การสูบบุหรี่ และ การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลผู้ป่วยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้เรื่องโรค มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($r = -.345$, $p = .000$) ผู้ป่วยซึมเศร้านั้นคะแนนการรับรู้เรื่องโรคต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่พบภาวะซึมเศร้า 3.4 เท่า (95%CI= 2.3-26.21) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($r = .301$, $p = .001$) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้านั้นความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 1.3 เท่า (95%CI= 1.02 – 9.67) และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่ได้สามารถนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอภักดีนิคม จังหวัดเชียงใหม่

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอภักดีนิคม จังหวัดเชียงใหม่

*** สาธารณสุขอำเภอภักดีนิคม อำเภอภักดีนิคม จังหวัดเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย จากข้อมูลอ้างอิงองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2563โรคซึมเศร้า จะมีผู้ป่วยมากเป็นอันดับสองของโรคทั่วไปรองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด โดยคิดเป็นร้อยละ 10-25 ในผู้หญิงและร้อยละ 5-12 ในผู้ชายเพราะปัจจัยทางเศรษฐกิจและสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย ถือเป็นปัญหาอันดับ 4 ซึ่งสังคมต้องให้ความสำคัญ เพราะเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างมาก เกิดความบกพร่องต่อการปรับตัวสู่หน้าที่รับผิดชอบ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยพบอุบัติการณ์โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.89 จากทั่วโลก (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ข้อมูลอ้างอิงกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าคนไทยมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.8 หรือประมาณ 9 แสนคน โรคซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยกระตุ้นหลายด้าน (แพรวพรรณ สุริวงศ์, 2559) นอกจากนี้ข้อมูลล่าสุดจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ตั้งแต่ปี 2557 คนไทยฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า ประมาณปีละ 4,000 คน เฉลี่ยเดือนละ 300 กว่าคน ถือเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากอันดับ 1 คือประเทศญี่ปุ่น และอันดับ 2 คือสวีเดน นับเป็นประเด็นที่ควรตื่นตัวตระหนักถึง ทั้งนี้ จากผลสำรวจ ยังพบอีกว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง สิ่งกระตุ้นหลักๆ คือ การดื่มสุรา ปัญหาสุขภาพ มีทั้งสุขภาพจิตที่เป็นโรคซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น ในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังบางรายเกิดความคิดไม่อยากเป็นภาระของลูกหลาน ทำให้คิดสั้น และที่พบมาก คือปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เกิดการทะเลาะกันภายในครอบครัว ผิดหวังเรื่องความรัก ขาดการดูแลเอาใจใส่ (พนม เกตุมาน, 2559) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า ส่วนสถิติการฆ่าตัวตายในสังคมไทยนั้น พบ 1.30 ชั่วโมงต่อ 1 ราย โดยสาเหตุหลักมาจากเป็นโรคซึมเศร้า คนไทยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี และสาเหตุการฆ่าตัวตายมาจากโรคซึมเศร้า ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว การเมืองและสังคม ภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดจันทบุรี และจังหวัดระยอง ในขณะที่ อัตราการฆ่าตัวตายที่ภาคเหนือมีแนวโน้มลดลงมากถึงร้อยละ 50 (สมชาย จักรพันธุ์, 2551)

จากการรายงานสถิติสาธารณสุขของไทย พ.ศ. 2553-2557 พบว่าจำนวนผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดต้องปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอทั้งในด้านการเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงด้านการควบคุมโรคด้านการรับประทานยาการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายต้องตัดสินใจแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตทุกวันต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตต้องควบคุมน้ำหนักของตนเองตลอดจนการที่ต้องปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ดีต่อการลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดอาการของโรคซึมเศร้า โดยมีการแสดงออกด้านอารมณ์ (Emotion) ความคิด (Cognitive) ร่างกาย (Physical) และพฤติกรรม (Behavior) ที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน อาจแสดงปฏิกิริยาในหลายลักษณะ เช่น การต่อต้าน ไม่ยอมรับ รู้สึกโกรธ ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่ายที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ส่งผลให้ละเลย ไม่เห็นความสำคัญของการรักษา และนำไปสู่การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เมื่อไม่สามารถปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ทำให้ส่งผลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเองไปจากเดิมมากต้องฝืนตนเองในการจำกัดจำนวน

อาหารหรือต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ตนเองเคยชอบนอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตไม่ทราบว่าจะเกิดรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนขึ้นเมื่อใดและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการไปตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีผลกระทบด้านสังคมที่ไม่สามารถเข้าร่วมสังสรรค์ต่างๆได้ตลอดจนไม่มีอิสระในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการต่างๆ (ปัญญาวุฒิ ปรากุณผล, เยาวดี สุวรรณาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สรวุฒิ สีถาน, มยุรี สร้อยศรี สวัสดิ์ และคณะ, 2558) สิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้สุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไปจากปกติจนเป็นโรคซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้นและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอูบ อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 44 ราย ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา จำนวน 22 ราย และ ได้รับการติดตาม จำนวน 26 ราย (โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา, 2560) จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอูบ อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ ได้เห็นความสำคัญของปัญหาเพื่อศึกษาข้อมูลโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 12 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 108 คน และ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 16 คน โดยมีการศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มที่เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ตลอดเวลาซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดเป็นโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอูบ อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า รวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้การดูแลรักษา และช่วยเหลือในทุกระดับของโรคซึมเศร้า ป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ดีของกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย:

1. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยการรับรู้เรื่องโรค และความสัมพันธ์ในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า

นิยามศัพท์:

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงเกิดจากความเครียด วิตกกังวล สับสน หรือ มีพฤติกรรมที่นำไปสู่การปรับตัวในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นการดำเนินชีวิต สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม โดยได้รับการประเมินตามแบบประเมินโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหมายถึง ประชาชนทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาด้วยโรคเรื้อรัง ได้รับการขึ้นทะเบียนและรักษาจากโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และอยู่ในการดูแลติดตามของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอูบ ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาล มากกว่า 126 mg% ได้รับการขึ้นทะเบียนและรักษาจากโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และอยู่ในการดูแลติดตามของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึงผู้ที่ได้รับการตรวจค่าความดันโลหิต มีค่ามากกว่า 130/80 mmHg ได้รับการขึ้นทะเบียนและรักษาจากโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และอยู่ในการดูแลติดตามของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมายถึงผู้ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาล มากกว่า 126 mg% และได้รับการตรวจค่าความดันโลหิต มีค่ามากกว่า 130/80 mmHg ได้รับการขึ้นทะเบียนและรักษาจากโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และอยู่ในการดูแลติดตามของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู

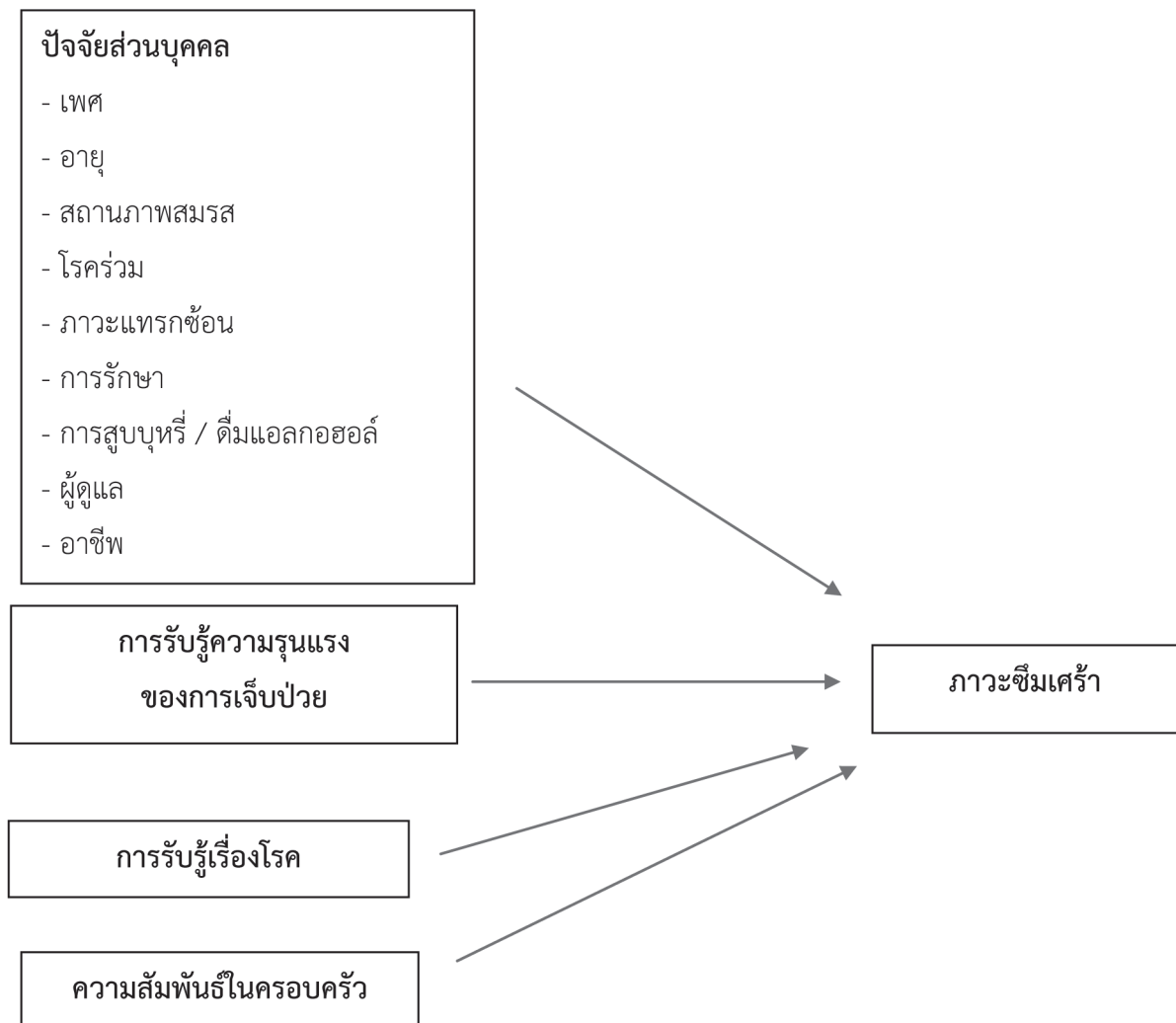
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ข้อมูลที่เชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดภาวะซึมเศร้าหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอูเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง การแสดงออกในด้านความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยเรื้อรังต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมรวมทั้งความไม่สบายจากอาการเจ็บป่วย

การรับรู้เรื่องโรคเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการและอาการแสดง สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการปฏิบัติตัว ซึ่งมีผลต่อการดำเนินของโรค

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัว

กรอบแนวคิด:



วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแลติดตามของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 136 คน สามารถเก็บข้อมูลได้ 109 คน

สถานที่ศึกษา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู โดยระยะเวลาดำเนินงานศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม- ธันวาคม พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 5 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในศึกษา :

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคณะผู้วิจัยได้อาศัยองค์ประกอบพื้นฐานของความรู้ในการศึกษาเป็น5ส่วนประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนการรักษา สืบบุหรืการดื่มแอลกอฮอล์

2) แบบวัดความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ บุขรา ราชรักษ์ (2549: 84) โดยเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ข้อ บอกความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ในตอนนี้ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

7-10 หมายถึง รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก

4-6 หมายถึง รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง

1-3 หมายถึง รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย

0 หมายถึง รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยไม่มีความรุนแรง

3) แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรค โดยได้จากการทบทวน วรรณกรรม มีจำนวน 22 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ ลงในช่องว่าง และ แปลผลคะแนน โดยมีเกณฑ์ระดับคะแนนดังนี้

0-7 คะแนน หมายถึงในขณะนี้มีการรับรู้เรื่องโรคน้อย

8-15 คะแนน หมายถึงในขณะนี้มีการรับรู้เรื่องโรคปานกลาง

16-22 คะแนน หมายถึงในขณะนี้มีการรับรู้เรื่องโรคมาก

4) แบบสอบถามความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก ชะโลม วิเศษโกสิน (2552: 50) รสสุคนธ์ เจืออุปถัมย์ (2553 : 87) และ ภัทร อิมโธฐ (2550: 54) แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 4 คะแนน เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 16-64 คะแนนดังนี้

38-64 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

27-37 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

16-26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แบบสอบถาม 2Q หากประเมินแล้ว พบคำตอบว่าใช่ ใน 1 ข้อ ให้ประเมิน 9Q ของกรมสุขภาพจิต ต่อ และแปลผล

การแปลผลการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

คะแนนรวม	การแปลผล
0- 6 คะแนน	เป็นปกติ หรือ มีอาการซึมเศร้าน้อยมาก
7 – 12 คะแนน	เป็นโรคซึมเศร้า <u>ระดับน้อย</u> (Major Depression, Mild)
13 – 18 คะแนน	เป็นโรคซึมเศร้า <u>ระดับปานกลาง</u> (Major Depression, Moderate)
> 19 คะแนน	เป็นโรคซึมเศร้า <u>ระดับรุนแรง</u> (Major Depression, Severe)

วิธีดำเนินการศึกษา:

1. หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้และผู้วิจัย นำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุง ให้เหมาะสม
2. ดำเนินการติดต่อกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดย การลงพื้นที่ในชุมชนหาอาสาสมัคร/ผู้ร่วมยินยอมทำวิจัย อธิบายชี้แจงให้ลงนามในเอกสารคำยินยอม และทำแบบสอบถาม รวบรวมข้อมูล ทำการศึกษาโดยสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือ
3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และ สรุปผล และหาแนวทางแก้ไข
4. นำเสนอข้อมูล ที่ได้จากการสรุปและวิเคราะห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย:

ความตรงเชิงเนื้อหา โดย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณา คัดเลือกตามจุดประสงค์ ที่มีดัชนีความสัมพันธ์ของความสอดคล้องของความคิดเห็น (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ถึง 1.00 ได้ค่า IOC ในแบบสอบถามดังนี้ส่วนที่ 1ถึงส่วนที่ 4 มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66 ถึง 1.00

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาความเชื่อมั่นจาก แบบสอบถามที่วัดการรับรู้ คือ แบบสอบถามเรื่อง การรับรู้เรื่องโรคเรื้อรังนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบาร์ค = .721 และแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบาร์ค =.854

การวิเคราะห์ข้อมูล :

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้เรื่องโรค ความสัมพันธ์ในครอบครัว และระดับความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ Chi-square และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้เรื่องโรค สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติอ้างอิง คือ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Person correlation)

ผลการศึกษา: ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า		ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้า		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.079
ชาย	35	42.17	6	23.08	
หญิง	48	57.83	20	76.92	
อายุ (ปี)					.068
15-34	3	3.61	0	0	
35-59	37	44.57	9	34.61	
60 ปีขึ้นไป	43	51.82	17	65.39	
สถานภาพสมรส					.576
โสด	3	3.61	2	7.69	
คู่	69	83.13	14	53.85	
หย่า	1	1.20	1	3.85	
หม้าย	10	12.05	9	34.62	
โรคที่เป็นอยู่					.171
เบาหวาน	15	18.07	2	7.69	
ความดัน	59	71.08	18	69.23	
เบาหวานและความดัน	9	10.84	6	23.08	
ภาวะแทรกซ้อน					.518
ไม่มี	47	56.63	12	46.15	
ตา	33	39.76	13	50.00	
ไต	1	1.20	1	3.85	
เท้า	2	2.41	0	0	
การรักษา					.172
ไม่ได้รับการรักษา	1	1.2	0	0	
ควบคุมพฤติกรรม	0	0	1	3.85	
ได้รับการรักษา	82	98.80	25	96.15	
การสูบบุหรี่					.764
สูบ	8	9.64	2	7.69	
การดื่มแอลกอฮอล์					.445
ดื่ม	11	13.25	2	7.69	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า		ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้า		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้ดูแล					0.014
ไม่มี	1	1.20	3	11.54	
มี	82	98.80	23	88.46	
อาชีพ					0.022
ไม่มีงานทำ	22	26.51	13	50.00	
รับจ้าง	24	28.92	1	3.85	
เกษตรกร	35	42.17	10	38.46	
ข้าราชการเกษียณ	1	1.20	1	3.85	
ลูกจ้างรัฐ	0	0.00	1	3.85	
ค้าขาย	1	1.20	0	0	

จากตารางที่ 1 พบว่าผลจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดจำนวน 109 คนพบว่า มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 26 คน โดยเป็นเพศหญิงจำนวน 20 คนและเพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 23.85 พบในผู้สูงอายุจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 65.39 จากการศึกษาด้านสถานภาพ สถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.023$) การมีผู้ดูแลต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.014$) การมีอาชีพแตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.022$) ปัจจัยส่วนบุคคล เรื่อง เพศ อายุ รายได้ โรคที่เป็นอยู่ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การสูบบุหรี่ และ การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 คะแนนซึมเศร้า positive

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
9Q (M =1.20, SD =2.50)		
ระดับน้อยมาก (0 – 6 คะแนน)	21	19.27
ระดับน้อย (7 – 12 คะแนน)	5	4.59
ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	0	0
ระดับมาก (19 คะแนนขึ้นไป)	0	0

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 26 คน มีคะแนนซึมเศร้าระดับน้อยมากจำนวน 21 คนคิดเป็นร้อยละ 19.27 และมีคะแนนซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.59 ซึ่งในจำนวน 5 คน มีความคิดฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยการรับรู้เรื่องโรค และความสัมพันธ์ในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	การรับรู้ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	การรับรู้เรื่อง โรคเรื้อรัง	ความสัมพันธ์ ในครอบครัว
ภาวะซึมเศร้า	-.002	-.345 [*]	.301 [*]
p-value	.986	.000	.001
จำนวน (N)	109	109	109

* มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($r = .301$, $p = .001$) การรับรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($r = -.345$, $p = .000$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยที่ศึกษา	OR	95%Confident interval
เพศหญิง	3.37	2.12 – 16.67
ไม่มีผู้ดูแล	1.27	1.01 – 13.71
ไม่มีงานทำ	2.2	1.7 – 12.43
การรับรู้เรื่องโรคเรื้อรังต่ำ	3.4	2.3 – 26.21
ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี	1.3	1.02 – 9.67

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังเพศหญิง ซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 3.37 เท่า (95%CI=2.12 – 16.67) ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ามีผู้ดูแล 1.27 เท่า (95%CI=1.01 – 13.71) ผู้ป่วยที่ไม่มีงานทำมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีงานทำ 2.2 เท่า (95%CI=1.7 – 12.43) ผู้ป่วยซึมเศร้ามีคะแนนการรับรู้ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่พบภาวะซึมเศร้า 3.4 เท่า (95%CI=2.3 – 26.21) และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ครอบครัวไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 1.3 เท่า (95%CI=1.02 – 9.67)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอภักดีนิคม จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งข้อมูล 5 ส่วนได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การรับรู้เรื่องโรค ความสัมพันธ์ในครอบครัว และภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู จำนวน 109 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยการรับรู้เรื่องโรค และความสัมพันธ์ในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 109 คน มีภาวะซึมเศร้า 26 คน คิดเป็นร้อยละ 23.85 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 3.37 เท่า (95%CI= 2.12-16.67) สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ ในปี พ.ศ.2563 โรคซึมเศร้าจะมีผู้ป่วยมากเป็นอันดับสองของโรคทั่วไป โดยพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย รายงานโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามบริบทพื้นที่ พบว่าเพศหญิงในพื้นที่ที่ศึกษา ชอบอยู่บ้านเพียงลำพัง ไม่ชอบออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ส่วนเพศชายมีการทำกิจกรรมนอกบ้านมากกว่าเพศหญิง เช่น เข้าป่าตอนกลางคืน และ พบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน ยอดกุล และคณะฯ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลยังพบว่า สถานภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($p=0.023$) การพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($p=0.003$) การมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($p=0.014$) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่มีผู้ดูแล 1.27 เท่า (95%CI= 1.01 – 13.71) อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($p=0.022$) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีงานทำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีงานทำ 2.2 เท่า (95%CI= 1.7 – 12.43) ส่วนการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ป่วย การรักษา ชนิดการรักษา ยาที่ใช้รักษา และภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้เรื่องโรค และความสัมพันธ์ในครอบครัว

การรับรู้เรื่องความรุนแรงของความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ($r = -.002$, $p = .986$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พื้นที่ศึกษาที่แตกต่างกัน และบริบทความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันประกอบด้วยวิถี

ชีวิตของชาวไทยภูเขาเผ่ากระเหรี่ยงมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย และปล่อยวาง ส่งผลทำให้คะแนนการรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การรับรู้เรื่องโรค จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.345$, $p = .000$) โดยมีระดับคะแนนการรับรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 13.76 รองลงมาคือคะแนนการรับรู้เรื่องโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.9 จากการวิเคราะห์ผลการรับรู้เรื่องโรคกับภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2557) ศึกษาความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าการรับรู้ปัญหาเกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความรู้เรื่องโรคที่ตนป่วยอยู่ในระดับต่ำ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคผิดจากความเป็นจริง ซึ่งเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องตระหนักและดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลสุขภาพให้แก่กลุ่มผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

ความสัมพันธ์ในครอบครัว จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .301$, $p = .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 94.76 รองลงมาในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.76 และระดับไม่ตรี้อยละ 0.48 จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในครอบครัว หลายรุ่น ได้แก่ รุ่น พ่อแม่ ลูก และหลาน หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดีก็จะมีอิทธิพลด้านลบกับภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเครือข่ายในอำเภอ กัลยาณิวัฒนา เพื่อ หาแนวทางการแก้ไข และเฝ้าระวังในระดับอำเภอ
2. นำผลวิจัย R2R มาวางแผนเพื่อหาแนวทางการส่งเสริม ป้องกันและดูแลโดยการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายระดับอำเภอ
3. ควรมีระบบเยี่ยมติดตามผู้ป่วยเรื้อรังโดยทีมเยี่ยมระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.2558.แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
โรงพยาบาลชุมชน.พิมพ์ครั้งที่2.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด:กรุงเทพฯ.
ชโลม วิเศษโกสิน. 2552. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน
ของผู้ดูแลที่เป็นญาติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บุษรา ราชรักษ์. 2549. สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยความสามารถใน
การส่งเสริมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลจังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ
พยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุษราคัม จิตอารีย์ .2555 .ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปฐยาวัชร ปรากฏผล, เยาวดี สุวรรณาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สราวุฒิ สีถาน,
มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์ และคณะ, 2558.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก
<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371?locale-attribute=th>
- พนม เกตุมาน , 2559.คนไทยป่วยซึมเศร้า-ฆ่าตัวตาย ติดอันดับ 3 ของโลก:สังเกต 9 อาการสัญญาณ
อันตราย. [เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก
<http://manager.co.th/goodhealth/ViewNews.aspx?NewsID=9590000028876>
- แพรวพรรณ สุริวงศ์ , 2559. ภาวะซึมเศร้าสาเหตุของการฆ่าตัวตาย.[เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก
<http://www.thaihealth.or.th/Content>
- ภรภัทร อิมโธฐ. 2550. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รสสุคนธ์ เจืออุบลมัย . 2553. ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านวิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สายพิน ยอดกุล และคณะ.2555.ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลบุรีรัมย์.วารสารสมาคมพยาบาลสาขากาตตะวันออกเฉียงเหนือปีที่ 30 ฉบับที่ 3:
กรกฎาคม - กันยายน 2555.หน้า50-56.
- ยุทธศาสตร์ จันทร์ทิพย์ .2560. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตชุมชนใกล้เคียง
จังหวัดเชียงใหม่วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560.

สมชาย จักรพันธุ์.2551.สถานการณ์ข่าวสุขภาพ.[เว็บไซต์]. สืบค้นจาก

http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth_event16.php

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ.2557.ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557; 59(3): 287-298 .

สายพิณ ยอดกุล .2555.ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์.

วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีที่ : 30 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 50-57 .

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ. 2547. 2552.

Papadopoulos, FC., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou,

A. 2005. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. International Journal of Geriatric Psychiatry. 20(4):350-7.